

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公費負担者番号									特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 8 高外9	給付割合			
公費受給者番号										2 公費 4 退職	4 三外 0 高外8	8	9	10	
区市町村番号									種類	04 マ					
受給者番号									保険者番号						

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名			
					年 月 日							
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)			続柄	○発病又は負傷の原因及びその経過						
		男・女				○業務上・外、第三者行為の有無						
明・大・昭・平 年 月 日生				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他								
施術内容欄	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分			
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日				日		新規・継続			
	傷病名又は症状								転 帰			
									継続・治癒・中止・転医			
	マ ッ サ ー ジ		躯 幹	円×	回=	円	摘 要					
			右上肢	円×	回=	円						
			左上肢	円×	回=	円						
			右下肢	円×	回=	円						
			左下肢	円×	回=	円						
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回=	円						
	温 罨 法		円×	回=	円							
	温罨法・電光線器具		円×	回=	円							
	往療料 4 kmまで		円×	回=	円							
	往療料 4 km超		円×	回=	円							
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		円×	回=	円								
合 計					円							
一部負担金 (1割・2割・3割)					円							
請 求 額					円							
施術日 通院○ 往療○	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。				保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地					
	平成 年 月 日		施術所		所在地							
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。				〒		—					
	平成 年 月 日		申請者 住所		氏名		印 電話					
支払機関欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行		本店			
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段				金庫 農協		支店 出張所			
口座名義 カタカナで記入		口座番号						郵便局				
同意記録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間			
					平成 年 月 日							